

Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa
Mestrado em Saúde Mental

Ansiedade pré-cirúrgica em crianças: avaliação da eficácia de um
programa cognitivo-comportamental para a sua redução

José João Moura Vieira

2009

Dissertação de Mestrado realizado sob a orientação do Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático da Universidade de Aveiro, e apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa para o grau de Mestre na Especialidade Saúde Mental.

Agradecimentos

Gostaria de começar por agradecer ao meu orientador Professor Doutor Carlos Fernandes da Silva e à Mestre Patrícia Granja pela disponibilidade, determinação e conhecimento com que me presentearam e sem os quais esta tese estaria com certeza mais pobre.

Não seria possível realizar este trabalho, não com a qualidade científica necessária sem os conhecimentos transmitidos pelos docentes do Curso de Mestrado em Saúde Mental, para eles também uma palavra de agradecimento.

Uma palavra de agradecimento também para a minha família que, para além do tempo que lhes foi roubado, sempre encontrou palavras de incentivo nos momentos mais desencorajantes.

A todo o corpo clínico do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria, local da recolha da amostra também o meu obrigado, particularmente à Dr.^a Rita Cruz, ao Dr. Carlos Macor, ao Professor Doutor Mário Andrea e à Dr.^a Teresa Cardoso que me pôs em contacto com este serviço.

Um agradecimento particular à Dr.^a Margarida Espanha e ao Professor Doutor Gonçalo Cordeiro Ferreira pela disponibilidade e apoio demonstrados no sentido de se

proceder à recolha da amostra no Hospital D. Estefânia, pese embora tal não tenha sido possível.

Finalmente um agradecimento a todas crianças envolvidas no estudo e às respectivas famílias que o autorizaram.

Resumo

Este estudo teve como objectivo avaliar a eficácia de uma sessão de informação a propósito de uma intervenção cirúrgica com anestesia geral na redução da ansiedade em jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos. A amostra foi constituída por 125 jovens, 62 do sexo masculino e 63 do sexo feminino. Foram constituídos dois grupos, em que ao grupo experimental foi administrado um programa de informação sobre procedimentos cirúrgicos com anestesia geral, utilizando técnicas de modelagem, e em que ao grupo de controlo apenas foi aplicada a sessão avaliativa. Os resultados obtidos permitiram concluir que a eficácia da sessão informativa a propósito de uma intervenção cirúrgica com anestesia geral na redução da ansiedade, nas crianças, foi comprovada.

Palavras-chave: ansiedade, cirurgia, anestesia, pediatria, sessão de informação.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the efficacy of an information session about surgery, with general anesthesia induction, in reducing anxiety in children from 6 to 12 years undergoing surgery. Our sample was constituted by 125 children, 62 boys and 63 girls divided in two groups: the experimental group had an information session about surgical procedures with general anesthesia and had anxiety evaluated pre and post session, as the control group had only one anxiety evaluation. The results show that the session was effective on reducing pre-operative anxiety in children.

Key Words: anxiety, surgery, anesthesia, pediatrics, information session.

INDICE:

INTRODUÇÃO.....	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1.1.A ANSIEDADE PRÉ-OPERATÓRIA NAS CRIANÇAS.....	12
1.2.A MODELAGEM.....	21
1.3.INFLUÊNCIA DA ANSIEDADE DOS PAIS NA ANSIEDADE DAS CRIANÇAS	35
2. MÉTODO	
2.1 OBJECTIVOS	42
2.2 INSTRUMENTOS	42
2.3 MATERIAL APRESENTADO NA SESSÃO DE INFORMAÇÃO	45
2.3 PARTICIPANTES	47
2.4 PROCEDIMENTO	47
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	51
3.2 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	55
3.3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
3.4 CONCLUSÃO.....	65
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
5.ANEXOS	
5.1 PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO INICIAL E FINAL	76
5.2 FIGURAS	93
5.3 HISTÓRIAS.....	98

Introdução

O presente estudo pretende avaliar a eficácia de um programa cognitivo-comportamental para reduzir a ansiedade pré cirúrgica em crianças.

Melamed, Meyer, Gee e Soule (1976) sustentam que a literatura sobre o tema da ansiedade pré-operatória apoia a necessidade das crianças serem preparadas psicologicamente para a cirurgia (cit. Faust & Melamed, 1984). E dado que a maior parte dos estudos que se debruçam sobre a relação entre acontecimentos de vida negativos e saúde terem sido conduzidos em adultos e apenas alguns foram com crianças (Casey, Meade & Lumley, 2001) encontra-se a pertinência do presente estudo.

Barros (1998) afirma que os primeiros estudos que pretenderam avaliar as consequências da hospitalização infantil na adaptação psicológica e desenvolvimento apresentavam resultados bastante negativos. No entanto, hoje o panorama hospitalar pediátrico mudou bastante, segundo a mesma autora, na maior parte dos países. A criação de serviços especializados de pediatria, as novas formas de tratamento, a maior preocupação com a anestesia e analgesia pediátrica decorrente do reconhecimento da especificidade das manifestações da dor infantil, a preocupação em reduzir ao mínimo os

períodos de isolamento e acamamento, assim como o próprio internamento e os esforços para criar um ambiente adequado às actividades quotidianas da criança através da presença de educadores nos serviços, e sobretudo, a possibilidade do acompanhamento por um familiar, contribuíram para uma mudança muito positiva na experiência da hospitalização.

No entanto, a cirurgia e a indução da anestesia continuam a ser experiências altamente ansiogénicas pelo que apesar de o panorama hospitalar ser mais amigável, continuam a existir factores indutores de medo e ansiedade.

A ansiedade é uma resposta humana natural perante situações de ameaça. Nos últimos 30 anos, segundo Mitchell (2000) numerosos estudos demonstram que as pessoas ficam muito ansiosas antes de uma intervenção cirúrgica e que as causas principais são o medo da anestesia, a dor, o desconforto e o ficar inconsciente.

Na criança acresce a separação parental, estranhos “mascarados”, dor ou desconforto, perda de controlo, e a incerteza sobre o “adormecer” inerente à anestesia. A ansiedade resultante e os comportamentos de stress podem resultar em dificuldades na indução da anestesia e no aumento da sua perigosidade, prolongar a recuperação

e/ou conduzir a posteriores problemas comportamentais (Lumley, Melamed e Abeles, 1993).

Uma das metodologias privilegiadas para diminuir a ansiedade pré-cirúrgica é a modelagem, que pode ser feita através de dramatizações, histórias ou filmes e que pretende fornecer informação e também estratégias de *coping* que permitem à criança aprender ferramentas para lidar com o seu medo.

São programas baseados na teoria da aprendizagem social (Bandura, 1969 cit. por Barros, 1998), que modelam atitudes de cooperação com os tratamentos e rotinas e de confronto activo através do uso da distração, auto-instrução ou relaxamento. Iremos demonstrar que uma sessão de preparação aplicada a 50 crianças reduziu a ansiedade pré-cirúrgica nos diversos níveis avaliados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Ansiedade Pré-operatória nas Crianças

Segundo Gadamer (1997), com o evoluir da técnica são múltiplos os recursos que a Ciência, nomeadamente, a Medicina, dispõe para fazer face às patologias com que se depara. Uma das técnicas que mais se desenvolveu foi a que recorre à cirurgia, mais concretamente às cirurgias que requerem uma anestesia geral. Este tipo de procedimento contém uma carga “mística” e é altamente ansiogénico para as crianças e para os seus pais, fazendo com que a investigação siga diversos modelos teóricos que vão da abordagem cognitivo-comportamental à psicanálise.

De acordo com esta última abordagem, Carmoy (1995) afirma que existem diversos “fantasmas” associados a uma intervenção cirúrgica.

Na mesma linha teórica, Anna Freud afirma que a angústia de castração pode ser reactivada quando alguma parte do corpo é operada (cit. Carmoy, 1995).

Existe, segundo Carmoy (1995), uma carga fantasmática associada ao cirurgião, carga essa sustentada pela criança que adopta face a este uma relação que se pode designar por transferencial, tornando-o um dos elementos da gestão da angústia. Outra forma fantasmática, de acordo com a mesma autora, é a dos fantasmas da reparação mágica que

os pais elaboram por não aceitarem o defeito físico da criança reforçando assim o carácter místico da cirurgia.

A ansiedade, segundo a mesma autora, está sempre relacionada com o equilíbrio psicológico da criança. Este está directamente ligado à relação que mantém com os seus pais, ao seu sentimento de auto-estima, bem como a aceitação de si. Os pré-adolescentes e os adolescentes são os pacientes mais vulneráveis à ansiedade e angústia, pois a intervenção cirúrgica pode ser uma ameaça à sua integridade corporal e uma ameaça da realidade externa sobre a realidade interna (Carmoy, 1995).

Ainda segundo Carmoy, nos anos 40 os psicanalistas interessaram-se bastante pelas consequências psicológicas de intervenções cirúrgicas curtas nas crianças e adolescentes, mesmo que estas fossem benignas para o seu desenvolvimento. Um deles, Levy (1945), fez um estudo com 124 crianças até aos 11 anos e verificou que 25% ficou com sequelas psicológicas semelhantes às neuroses de guerra. As mais afectadas foram crianças entre o 1 e os 3 anos, pois têm uma tolerância mais baixa à dor, à separação e à estranheza do ambiente, bem como menos recursos para exprimir os seus medos e angústia, sendo menos acessíveis a explicações.

A ansiedade e as manifestações de angústia na criança podem surgir em consequência do medo relacionado com

algo, de um objecto e/ou de uma situação precisa, quer devido à educação quer devido à experiência. Segundo Marcelli (1998), a ansiedade é um estado afectivo penoso associado a uma atitude de expectativa de um acontecimento imprevisto, mas vivenciado como desagradável e a angústia uma sensação de extremo desconforto acompanhada de manifestações somáticas (neurovegetativas e viscerais).

Na prática, um gradiente contínuo liga angústia – ansiedade – medo, onde se vai de um estado que seria puramente fisiológico (a reacção de stress) a uma mentalização progressiva da conduta (lugar do fantasma).

Em termos psicanalíticos, para além da ameaça externa à sua realidade interna, corporal, narcísica e ao corpo sexuado – no adolescente - que é invadido, palpado, exposto, sem ainda ter o domínio sobre este, onde a dependência pode entrar em conflito com a megalomania possível do adolescente, podem surgir as angústias em resposta à fantasia e à invasão fantasmática que representa a cirurgia (Carmoy,1995).

Freud levanta o problema da angústia de perder uma parte do corpo, que associa à angústia de castração. Esta é activada na sequência de sentimentos hostis em relação ao pai e sádicos em relação à mãe. O temor de exteriorizar tais pulsões é deslocado para o objecto

substitutivo, mas a função do sintoma é agarrar o vínculo com a mãe (Marcelli, 1998). A situação cirúrgica (ameaça ao *esquema corporal*) pode ser de facto vivida com um sentimento de culpa, encarada como uma punição por ter feito e/ou desejado algo de errado. Amplia também o sentimento de dependência face à “mãe” (*regressão*), a figura de conforto, activando ao mesmo tempo a angústia de separação na ida para a sala de operações, para além do medo da *morte*. Segundo Marcelli (1998) estas cirurgias, especialmente as apendicectomias e amidalectomias podem cristalizar os principais conflitos fantasmáticos da criança.

Na linha cognitivo-comportamental, Serra (2002) afirma que “devido à ansiedade que um indivíduo sente (...) cai num estado de preocupação em que se aborrece a pensar nas consequências trágicas que antevê que lhe vão acontecer. Os pensamentos catastrofistas podem constituir uma forma de perpetuar o stress mesmo depois de ter deixado de existir o agente indutor inicial”.

Por seu lado, Marks (1988) refere que a exposição a sangue, feridas, mutilações e estímulos relacionados pode evocar experiências que vão do medo, ao nojo ou aversão (cit. Melamed & Lumley, 1992).

De acordo com Marks (1987) e Sandin (1997), dos 6 aos 11 anos os medos mais característicos são acontecimentos

sobrenaturais, feridas, sofrimento físico, saúde, morte e aspectos escolares (cit. Baptista, 2000).

Lumley, Melamed e Abeles (1993) afirmam que as crianças podem ficar assustadas com a separação parental, estranhos “mascarados”, dor ou desconforto, perda de controlo, e a incerteza sobre o “adormecer” inerente à anestesia. A ansiedade resultante e os comportamentos de stress podem resultar, segundo estes autores, em dificuldades na indução da anestesia e no aumento da sua perigosidade, prolongar a recuperação e/ou conduzir a posteriores problemas comportamentais. Os mesmos autores realizaram um estudo (1993) com o objectivo de determinar se a reacção da criança no momento da indução da anestesia podia ser predita com base na sua idade, quantidade e qualidade das experiências médicas anteriores e como é que a resposta materna pode influenciar o comportamento do filho. Para tal constituíram uma amostra de 50 crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos que foram submetidas a cirurgias para a correcção de disfunções dos ouvidos, do nariz e da garganta. O stressor estudado foi a administração da anestesia por máscara. De acordo com os resultados, a maioria das crianças apresentava níveis elevados de ansiedade física e comportamental, especialmente durante a apresentação da máscara. O facto

de já ter tido uma cirurgia e os comportamentos não cooperativos por parte da mãe foram os melhores preditores para o aumento dos níveis de ansiedade.

Segundo estes autores, as crianças depois de submetidas a uma cirurgia apresentavam-se ansiosas quer a nível comportamental quer a nível psicológico, sendo que 11% desenvolveram problemas comportamentais severos nas 2 semanas subsequentes à cirurgia e que esses problemas estavam relacionados com o facto de as crianças estarem ansiosas antes da indução da anestesia e com o facto de ficarem hospitalizadas em vez de terem alta no próprio dia da cirurgia.

De acordo com Justus *et al.* (2006), as crianças ao tomarem conhecimento que vão ser submetidas a uma intervenção cirúrgica passam por uma variedade de sentimentos que passam pelo medo, cólera, culpa e tristeza. A cirurgia pode activar medos nas crianças e nos pais relacionadas com a separação, com a desfiguração, com a perda de entes queridos, e com a perda de controlo e/ou autonomia.

As respostas à cirurgia podem ser influenciadas por factores como o nível de desenvolvimento da criança, experiências anteriores com doenças e cuidados médicos, e com a quantidade e qualidade da preparação que é providenciada às crianças e famílias.

Para Ellerton e Merriam (1994) os estudos são unânimes ao concluir que estratégias psicológicas de preparação adequadas reduzem de uma forma efectiva não só a ansiedade, como também a dor nas crianças. Na investigação realizada pelos mesmos autores (1994) com o objectivo de analisar a preparação psicológica de crianças e das suas famílias para o dia da cirurgia, constituíram uma amostra composta por 76 famílias em que 23 constituíram o grupo experimental e 53 o grupo de controlo. As crianças compreendiam uma faixa etária dos 3 aos 15 anos. O grupo experimental foi submetido a uma sessão de informação com o objectivo de familiarizar os indivíduos com as componentes físicas e processuais da cirurgia, através de um vídeo de uma família modelo num dia de cirurgia, uma visita ao hospital e um jogo hospitalar. A avaliação da ansiedade quer dos pais quer das crianças foi realizada com recurso a uma medida denominada FACES (Bieri, 1990), uma medida de auto-preenchimento composta por sete expressões faciais que mostram um intervalo de experiência ansiosa que varia entre “Nenhuma Ansiedade” a “O Máximo de Ansiedade Possível” e em que é pedido à criança que aponte a cara que corresponde ao modo como ela se sente em cada fase da experiência hospitalar. Os autores verificaram que o facto de presenciarem o programa de informação estava

associado com menores níveis de ansiedade quer nas crianças quer nos respectivos pais.

Por seu lado, Felder-Puig, *et al.* (2003) afirmam que a remoção das amígdalas e/ou dos adenóides é das intervenções mais comuns no que diz respeito a intervenções aos ouvidos, nariz e garganta realizadas em crianças e recém-nascidos sendo, portanto fundamental intervir nestes indivíduos. Embora este procedimento raramente ocasione complicações, pode ser uma experiência stressante e ansiosa. A criança pode perceber a necessidade da cirurgia como punição e ter uma resposta ansiosa potenciada pela separação de casa, pelo ambiente estranho, pelas máscaras dos médicos e pelo sentimento de desconforto e de incerteza do “ser posto a dormir”. Desta forma, os autores consideram crucial informar a criança daquilo que vai encontrar, no sentido de estabelecer uma boa base para a satisfação do paciente, para a adesão e cooperação durante e depois da hospitalização. Estes autores realizaram um estudo (2003) para avaliar os efeitos da preparação para a cirurgia usando um livro infantil com uma história de um coelho a ser submetido a uma intervenção cirúrgica com anestesia geral, no que diz respeito à ansiedade pré e pós-cirúrgica, em crianças dos 2 aos 10 anos e respectivas mães. Aos pais do grupo experimental foi dado o livro de preparação

durante a visita pré-operatória ao Hospital. Os sujeitos do grupo de controlo não receberam o livro. As avaliações foram realizadas na noite anterior e na noite posterior à cirurgia. Nestes dois momentos, as mães preencheram uma lista de auto-relato de estados sentimentais e uma medida para a avaliação da ansiedade traço e estado com o objectivo de aceder às suas percepções da ansiedade da criança e do seu próprio nível de ansiedade. A amostra do estudo foi constituída por 160 díades mães/crianças no grupo experimental e 240 no grupo de controlo. Os autores constataram que as mães que receberam o livro apresentavam menos ansiedade antes da cirurgia do que as mães do grupo de controlo. Simultaneamente as crianças do grupo experimental mostraram menos ansiedade. As enfermeiras revelaram que as mães do grupo experimental participaram mais no tratamento dos filhos do que as mães do grupo de controlo. Estes autores referem ainda que frequentemente os pais estão insatisfeitos acerca da informação que lhes é fornecida pelos médicos.

A qualidade dos Serviços de Saúde tem vindo a melhorar substancialmente, segundo estes autores com o desenvolvimento de programas de preparação aplicados por técnicos com vista a fornecer informação, através de brochuras, vídeo, visitas guiadas ou teatros de marionetas. A avaliação destes programas demonstrou que

a maioria deles foi bem sucedido ao reduzir o medo e a ansiedade nos pacientes hospitalizados e nos seus pais.

Através do seu estudo os autores concluíram que o seu livro de preparação produziu benefícios educacionais e de redução da ansiedade e que se pode constituir como um instrumento recomendável para a preparação de pais e crianças para uma cirurgia ou hospitalização. Fornecer informação adequada através de um livro para crianças pode-se constituir como uma alternativa com boa relação custo-benefício quando comparada com outros métodos mais dispendiosos.

1.2. Modelagem

A modelagem através de filme, um método muito popular de intervenção em crianças hospitalizadas, é uma técnica que utiliza filmes de crianças ou de bonecos a falar ou a viver uma situação indutora de stress. O paciente assiste ao filme e tem a oportunidade de observar e aprender com a experiência do boneco ou da criança. Frequentemente os filmes têm informação detalhada sobre o evento stressor. Estas técnicas pretendem aumentar o conhecimento sobre o evento stressante e simultaneamente mostrar técnicas de *coping* para lidar com a situação (Shapiro, 1995).

Seguindo a linha de investigação que faz uso de modelagem nos programas de informação com o objectivo de reduzir a ansiedade pré-cirúrgica nas crianças Cuthbert *et al.* (1984) afirmam que a eficácia do uso de modelagem através de um filme, na preparação de crianças que vão ser submetidas a procedimentos médicos, foi demonstrada. Segundo estes autores, o uso de pares conduz a uma maior retenção da informação com correspondente melhoria na cooperação do que uma demonstração vulgar do procedimento.

Com a mesma orientação, O'Byrne, Peterson e Saldana (1997) afirmam que houve um aumento da preparação psicológica para procedimentos médicos utilizando recursos como modelagem por filme e instrução de aptidões de *coping*. Segundo os mesmos autores era crença inicial, nos primeiros anos da Psicologia da Saúde, que os programas de preparação deviam ser primordialmente fontes de informação e deviam estabelecer confiança entre o pessoal médico e a criança. Contudo, a meio da década de 70 houve uma mudança na literatura de investigação no sentido da preparação por modelagem.

De acordo com Kobayashi e Robison (1991), o uso da modelagem como técnica de redução da ansiedade em crianças que enfrentam a hospitalização e a cirurgia foi

objecto de várias investigações por Melamed, Siegel e colaboradores. As suas investigações ao longo das décadas de 1980 e 1990 provaram claramente a eficácia do uso de filmes como técnica de modelagem na redução da ansiedade das crianças que enfrentam uma cirurgia. Estes autores desenvolveram três programas de preparação pré-cirúrgica e avaliaram-nos num Hospital australiano. A modelagem foi comparada com componentes adicionais de ensino às crianças e às crianças e aos pais de estratégias de *coping* através do recurso à visualização de um vídeo. A amostra foi constituída por crianças com idades compreendidas entre os quatro e os 13 anos que foram submetidas a intervenções cirúrgicas. A ansiedade dos pais e dos filhos foi avaliada por auto-relato e observação comportamental. Os resultados indicaram que o ensino de estratégias de *coping* às crianças e às crianças e aos pais não teve efeitos significativos em termos de redução do nível de ansiedade, sendo a modelagem por si só o principal factor de redução da ansiedade.

Stewart, Algren & Arnold (1994) dizem que crianças em idade pré – escolar e em idade escolar estão a desenvolver as suas competências linguísticas e sociais, começam a ganhar mais autonomia e auto-controle. Nestas idades, as crianças tendem a ser pensadoras criativas e podem interpretar mensagens ao integrar experiências

passadas através da sua imaginação e fantasia. Podem ter ideias erradas sobre a cirurgia, e até identificar as pessoas com máscaras como “vilões”. Muitas vezes associam à cirurgia a ideia de castigo por algo que tenham feito, receando também a dor e/ou mutilação derivada da cirurgia e a separação dos familiares e de sua casa. Devem por isso ser esclarecidas de um modo objectivo e factual sobre o que estão a fazer no hospital e o que lhes vai acontecer.

A literatura desde Emma Plank, em 1955, tem demonstrado que existem claros benefícios na aplicação de programas pré-operatórios para crianças que vão ser submetidas a intervenções cirúrgicas e que estes programas têm resultados efectivos, pelo que desde então têm vindo a ser implementados em vários hospitais (Stewart, Algren & Arnold (1994).

Campbell, Scaife e Jonhstone (1988) demonstraram num estudo realizado com 70 crianças que as crianças operadas a quem é dada alta no próprio dia revelam um nível inferior de ansiedade face às que são admitidas no dia anterior e a quem é dada alta somente no dia seguinte.

Segundo Wollin *et al.* (2003), as estratégias para gerir a ansiedade pré-cirúrgica das crianças podem ser classificadas em dois grupos: farmacológicas ou psicológicas. As técnicas farmacológicas incluem pré

medicações tais como o Midazolan, que pode reduzir os níveis de ansiedade no entanto tem efeitos secundários como a perda de equilíbrio e visão desfocada. Outras formas de redução de ansiedade incluem visitas às salas de operação, vídeos, teatros, entre outras.

Ainda segundo os mesmos autores podem ser preditores de ansiedade: experiências cirúrgicas anteriores, a ansiedade dos pais, a religião e ainda o tempo que leva desde a admissão no hospital até à indução da anestesia. Não verificaram influência na ansiedade do método utilizado para induzir a anestesia.

Ellerton e Merriam (1994) verificam também no seu estudo que embora as crianças e os pais não apresentassem níveis demasiado elevados de ansiedade esta tendia a aumentar desde que chegavam ao hospital até ao momento imediatamente antes da cirurgia.

Kain *et al.* (1996) referem que podem também ser factores preditores de maior ansiedade: ser-se filho único, não se ter frequentado a escola pré-primária, pais ansiosos. Estes autores defendem, como outros, que para existir uma racionalização de custos e recursos deviam-se criar parâmetros para definir crianças alvo que tivessem estes e os outros preditores referidos mais frequentemente, como a idade, a anterior experiência de cirurgias, o nível de ansiedade da mãe e a personalidade.

No entanto, segundo Justus *et al.* (2006) a maioria dos profissionais no campo quer ao nível psicossocial, bem como ao nível dos cuidados de saúde são unânimes na opinião de que *todas* as crianças devem receber preparação para a cirurgia. A ansiedade pré-operatória, segundo os autores, deve ser encarada pelos profissionais de saúde como uma parte natural da experiência cirúrgica.

Segundo McGrew (1994) as crianças respondem ao stress com mecanismos de defesa e estratégias cognitivas diferentes mediante a fase do desenvolvimento em que se encontram. Estas parecem aprender estratégias de coping através dos seus pais. O comportamento cooperativo por parte das crianças pode ser reforçado através do ensino de técnicas comportamentais. Através da preparação do ambiente, dos pais e ao providenciar material educativo (tais como visitas guiadas, descrições verbais, livros e vídeos) para as crianças e seus pais ajuda-os a lidar melhor com os perigos percebidos da operação.

Ainda segundo o mesmo autor, é importante ter em consideração a fase do desenvolvimento em que a criança se encontra de modo a adequar a passagem da informação. As crianças do um aos três anos aceitam com mais dificuldade a separação dos pais, ainda são muito novos para compreender explicações, mas muitas crianças de dois e três anos provavelmente já têm activo o

pensamento mágico pelo que são sensíveis a canções ou histórias. Em crianças entre os três e os seis anos a grande preocupação é a integridade corporal e são extremamente literais, pelo que é necessário ter cuidado com metáforas. Aqui a quantidade de informação pode ser mais importante do que o rigor desta. Pode ser importante para elas participarem em situações ligadas à cirurgia, como por exemplo, segurar a máscara. As crianças dos sete aos doze anos necessitam ainda mais de explicação e participação, não devem ser enganadas em relação aos detalhes da operação, no entanto pode ser muito ansiogénico tomar decisões, como por exemplo, se preferem usar a máscara ou tomar uma injeção.

Melamed, Dearborn e Hermecz (1983) realizaram um estudo com 58 crianças entre os 4 e os 17 anos. Estas foram distribuídas por dois grupos, experimental e controlo, com homogeneidade relativamente à média de idades, género, tipo de cirurgia e experiências anteriores de cirurgia. O objectivo deste estudo foi verificar se é uniformemente vantajoso fornecer informação relevante. Neste estudo compararam-se os efeitos de apresentar informação relevante e informação irrelevante através de: aquisição de informação, respostas fisiológicas, auto-relato de preocupação médica e observação de ansiedade

considerando as variáveis idade e experiências anteriores de cirurgias.

Foi-lhes mostrado ou um filme informativo ou um filme sem conteúdo informativo na noite anterior à cirurgia. Os resultados confirmam a teoria corrente de que a informação permite uma melhor experiência e uma recuperação mais rápida, no entanto a idade e as experiências anteriores também condicionam a aquisição de informação, sendo que as crianças mais velhas adquirem mais informação. As crianças com idade inferior a oito anos e que já tinham sido submetidos anteriormente a uma cirurgia demonstravam um aumento da ansiedade após o visionamento do filme com conteúdo informativo. Verificaram também que as crianças que já tinham sido submetidas a uma cirurgia tinham sempre mais informação do que as que visionavam o filme informativo. Mais uma vez os resultados mostraram que o aumento da informação levava a uma maior cooperação na altura da indução da cirurgia e numa recuperação mais rápida.

Doering *et al.* (2000) consideram existir uma grande quantidade de variáveis a influenciar os resultados após a cirurgia: Estes incluem estados emocionais (medo, depressão, stress, sentimento de desesperança), traços de personalidade (ansiedade-traço, *locus* de controlo e *coping*) e parâmetros fisiológicos (sudação palmar,

pressão arterial, frequência cardíaca, níveis de prolactina, etc.)

Durante muito tempo, o medo pré-operatório foi tido como relacionado com o resultado da cirurgia. Segundo os mesmos autores, foi Janis em 1958 o primeiro a identificar uma relação dupla entre a ansiedade pré-operatória e o resultado da operação, ou seja que um influencia o outro: níveis menores de ansiedade poderiam facilitar o processo de recuperação bem como o inverso. Verificou também que a depressão influencia a recuperação de forma negativa (Doering et al., 2000)

A ansiedade pré-operatória pode trazer ainda outras consequências associadas. Além de influenciar na cooperação na altura da indução da anestesia, segundo McCann e Kain (2001) pode atrasar o efeito da mesma, e provocar a libertação de hormonas de stress o que pode comprometer a recuperação.

De acordo com Karling *et al.* (2007), cerca de um terço das crianças que se dirigem ao hospital e que recebem um diagnóstico ou uma cirurgia que inclua anestesia vão desenvolver comportamentos negativos no regresso a casa. Dor pós-operatória moderada a severa sentida em casa (e não no hospital) é um forte factor de risco. Outros factores de risco incluem ansiedade ou stress aquando da indução da anestesia, e na sala de recobro e ainda a

náusea sentida após a cirurgia, ainda no hospital. Alguns destes factores de risco podem ser evitados através do melhoramento do tratamento da dor em casa, através de instruções aos pais e fornecer-lhes analgésicos adequados, bem como o uso profiláctico de anti-eméticos nos grupos de risco. Estes autores também verificam que a informação de alterações fisiológicas bem como a participação dos pais nos cuidados hospitalares das suas crianças pode reduzir as alterações comportamentais problemáticas nas crianças após a cirurgia.

Palermo e Drotar (1996) realizaram um estudo sobre os preditores da classificação da intensidade da dor pós-operatória por crianças baseados num modelo de expectativas das crianças face à cirurgia (Bush e Iannotti, 1990) e num modelo de experiência de dor (McGrath, 1990), como esquematizado na figura 1.

Antes da cirurgia, 28 crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 17 anos e os seus pais classificaram a sua expectativa face à dor cirúrgica, ansiedade antecipatória e a expectativa face à ajuda prestada por medicação contra a dor. Após a cirurgia as crianças classificaram a dor pós-operatória. A idade, o total de analgésicos administrados e a ansiedade antecipatória emergiram como preditores significativos das classificações da intensidade da dor pós-operatória.

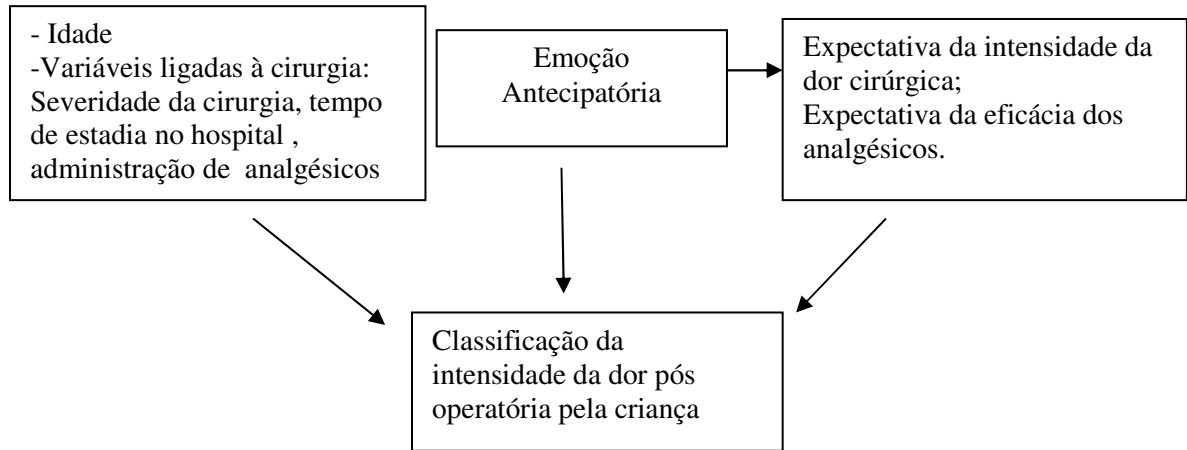


Figura 1- Modelo dos factores que influenciam os relatos de dor pós-operatória pelas crianças (Palermo & Drotar, 1995)

Ainda para Karlig e Hagglat (2006) as crianças com maior risco de problemas comportamentais posteriores à cirurgia são aquelas que vêm de famílias monoparentais, crianças mais novas, aquelas com internamentos mais longos, que já tinham anteriormente manifestações de problemas de comportamento e que já estiveram hospitalizadas mais vezes. Parece ter um efeito protector o viver numa área rural, anestésias prévias e uma pré-medicação com midazolam.

Kain, *et al.* (2006) num estudo que envolveu 241 crianças entre os 5 e os 12 anos prestes a serem submetidas a tonsilectomia e remoção de adenóides

verificaram que as crianças mais ansiosas experienciaram mais problemas a acordar da anestesia e significativamente mais dor durante o internamento bem como nos primeiros três dias em casa. Todas as crianças foram admitidas na unidade de investigação de Yale após a cirurgia e foram monitorizadas a cada hora no que dizia respeito à dor e medicação. Foram acompanhadas após a alta durante 14 dias em casa. Neste período as crianças mais ansiosas apresentaram maior consumo de fármacos e tiveram mais perturbações do sono bem como ansiedade pós-operatória.

Segundo os autores pode-se concluir que ao diminuir a ansiedade das crianças antes da cirurgia promove-se uma recuperação mais rápida e com menos sequelas, o que reduz a dor e também os custos hospitalares.

Claar, Walker e Smith (2007) realizaram um estudo com 100 crianças com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos com o objectivo de aferirem a influência da avaliação cognitiva na ansiedade antecipatória e stress relacionado com os procedimentos cirúrgicos e hospitalares. Concluíram que as crianças que tinham mais informação acerca da operação sentiam-na como menos ameaçadora e consequentemente sentiam menos ansiedade. A diminuição da ansiedade promove a diminuição do stress e por sua vez a diminuição da dor. Quando avaliado

o procedimento após a operação verificaram-se menos atitudes negativas face a futuras intervenções.

Vários estudos, segundo os autores, provam que a preparação antes da cirurgia dota as crianças de expectativas razoáveis o que provoca menos ansiedade que o desconhecido.

Smith e Lazarus (1990) dizem que para se entender a forma como cada indivíduo responde ao stressor deve-se entender a sua avaliação do evento stressor e o seu impacto no indivíduo. Não é o stressor que determina as emoções mas sim a interpretação deste que causa impacto.

Ainda segundo os mesmos autores o modelo da avaliação cognitiva da ameaça pode ser definido em dois momentos: o primeiro momento de avaliação considera tudo o que está em jogo nesse momento, podem avaliar o procedimento médico como stressante pois este envolve a possibilidade de dor, desconforto e situações desconhecidas, Num segundo momento avaliam as ferramentas de *coping* que dispõem e a sua eficácia.

A ansiedade ligada a intervenções cirúrgicas resulta da avaliação da ameaça, definida como a combinação de dois níveis de avaliação: primeiro do stress e por fim das competências de coping (Lazarus e Smith, 1990).

O modelo esquematizado na figura 2, segundo Claar, Walker e Smith (2002) tem a vantagem de especificar os

níveis de avaliação cognitiva da ameaça, que é a percepção provocadora do stress, logo permite a adequação e especificidade da intervenção em alvos definidos.

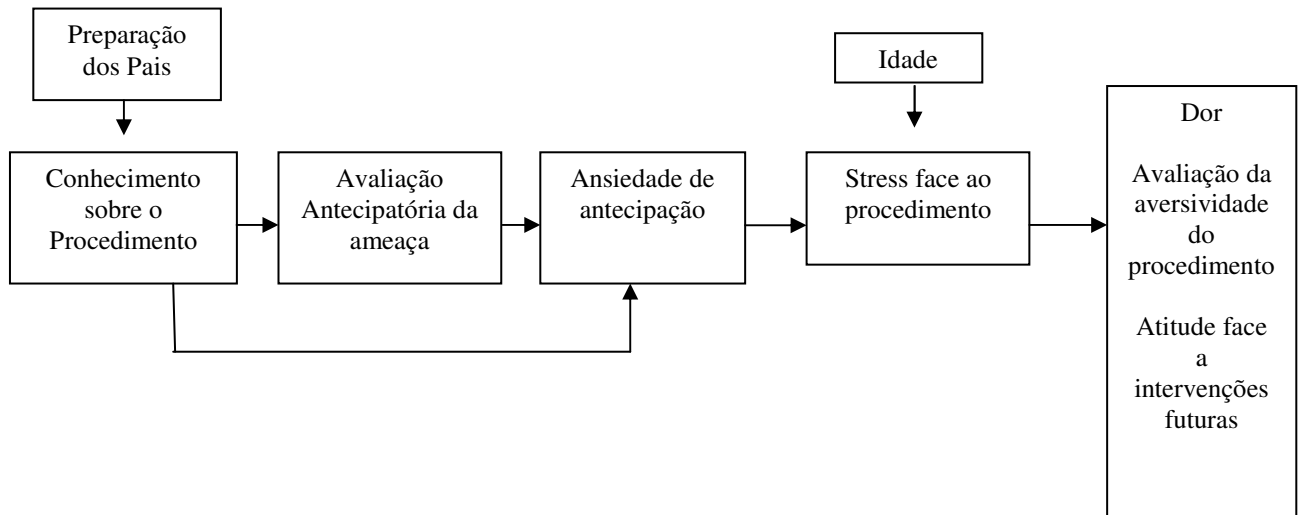


Figura 2- Modelo conceitual de Claar, Walker e Smith dos factores que influenciam a ansiedade pré-operatória nas crianças.

Os mesmos autores verificam que o modelo permite aferir os efeitos directos e indirectos definidos por Holmbeck (1997, cit. por Claar, Walker e Smith). O modelo postula que a avaliação cognitiva medeia a relação directa entre o conhecimento e a ansiedade. Ou seja, mais conhecimento da criança em relação ao procedimento cirúrgico ao qual vai ser submetida vai afectar a sua avaliação do mesmo. Por sua vez mais conhecimento implica uma percepção de ameaça menor.

Esta avaliação de uma ameaça menor vai influir na ansiedade que apresenta. No entanto não é exactamente o conhecimento que detêm sobre o procedimento que vai influir na ansiedade mas sim a avaliação cognitiva que fazem desse conhecimento.

Ou seja, não é o conhecimento que detêm mas sim a sua percepção deste que ajuda a explicar porque é que crianças com o mesmo conhecimento podem sentir maior ou menor ansiedade. Neste sentido pode ser uma mais-valia não só explicar o procedimento mas incluir informação sobre as sensações daí decorrentes e estratégias para lidar com estas para assim reduzir os dois níveis de avaliação cognitiva referidos.

1.3. A Influência da Ansiedade dos pais na Ansiedade das Crianças

Para os pais confiar um filho a um serviço hospitalar tendo em vista uma operação não é um acto simples e os pais experienciam sentimentos intensos e ambivalentes: a apreensão da cirurgia e da anestesia, a impotência face ao sofrimento da criança, a angústia de se separar dele e a ambivalência entre a confiança e a culpabilidade em caso de acidente (Carmoy 1995).

A preparação dos pais é igualmente importante pois, segundo Ellerton e Merriam (1994) a cirurgia nas crianças

coloca mais responsabilidade nos pais para a preparação psicológica das mesmas para a cirurgia e para os cuidados pós-operatórios. Os pais vão sentir uma dupla ansiedade, não só a ansiedade adjacente ao risco envolvido na própria cirurgia, como também a ansiedade resultante de servir de apoio social, com intervenção pedagógica, à criança.

Na mesma linha dos estudos com pais de crianças que foram submetidas a intervenções cirúrgicas, Pinto, Sigman e Whaley (1999) estudaram a interacção entre mães ansiosas e as suas crianças, usando técnicas observacionais no sentido de elucidar sobre os mecanismos potenciais da transmissão da ansiedade. Os resultados revelaram que as mães ansiosas eram menos acolhedoras e positivas nas suas interacções com as suas crianças, que não forneciam tanta autonomia e que eram mais críticas e catastrofizantes em comparação com as mães não ansiosas do grupo de controlo, havendo reflexos disso nos comportamentos adoptados pelas crianças no sentido destas crianças serem menos cooperantes.

Por seu lado, no estudo efectuado por Graham-Pole *et al.* (1994), com 101 crianças, 44 raparigas e 57 rapazes que aguardavam por procedimentos médicos invasivos e respectivas mães, foi analisada a concordância entre informadores no que diz respeito ao nível de ansiedade

sentido pelas crianças. O protocolo de avaliação utilizado neste estudo foi composto pelo *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAI-C; Spielberger, 1973) e pelo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, 1983) para estudar a ansiedade estado e traço das mães e das crianças. Os resultados deste trabalho demonstraram que as crianças e os adolescentes que esperavam intervenções médicas invasivas experienciam mais ansiedade do que a amostra normativa. A concordância entre os relatos de mães e de crianças sobre a ansiedade da criança foi baixa, esteve inversamente relacionada com a ansiedade materna e foi maior quando a criança experienciava maiores níveis de ansiedade estado.

Shirley *et al.* (1998), avaliaram os níveis de ansiedade em 100 pais de crianças que iriam ser submetidas a uma cirurgia. Os níveis de ansiedade foram quantificados usando a escala Leeds para a auto-avaliação da ansiedade. Em 42% dos pais os níveis de ansiedade eram significativamente elevados sendo que as mães apresentaram mais níveis de ansiedade patológica comparativamente com os pais. Especificamente, os pais ansiosos demonstraram maiores preocupações relativamente à cirurgia, à anestesia, à dor pós-cirúrgica e à hospitalização no geral. Todos os pais, quer ansiosos quer não, concordaram nos factores que reduzem a

ansiedade: informação pré-operatória, poderem acompanhar os filhos até à sala de operações e estarem presentes durante a indução da anestesia.

Com a mesma orientação, no estudo de Chan, *et al.* (1996) tentou-se identificar a incidência e as fontes de ansiedade nos pais de crianças submetidas a intervenções cirúrgicas, para isolar os factores associados ao aumento da ansiedade e para identificar medidas úteis para o fazer. Foram entrevistados 100 pais que completaram um questionário para a avaliação da ansiedade (Leeds) antes da cirurgia dos filhos. A ansiedade relacionada com a doença foi identificada em 47% dos pais que estavam mais preocupados que os outros sobre todos os aspectos da hospitalização dos seus filhos. Não foram identificados factores que predissessem quais os pais que estavam em risco elevado de desenvolver um estado de ansiedade. Todos os pais concordaram que existem factores que podem reduzir a ansiedade tais como o aconselhamento ou um programa de educação.

Melamed (1993) identifica a necessidade dos técnicos serem capazes de antecipar a informação necessária a cada evento stressor e ainda adequar a informação à idade da criança e a sua capacidade de levar a cabo as instruções dadas.

Considera também um factor protector da ansiedade a capacidade dos pais para explicarem o que vai acontecer e tudo o que a cirurgia envolve.

Ainda segundo Justus *et al.* (2006) tem sido amplamente demonstrado que as crianças que são preparadas para a cirurgia e que têm suporte durante o internamento recuperam mais facilmente e apresentam menos problemas emocionais, tais como ansiedade de separação, e perturbações do sono. A preparação pré-cirúrgica permite à criança e sua família a oportunidade de ser introduzidas à realidade hospitalar num ambiente de suporte e assim reduzir a sua ansiedade, aumentar o seu conhecimento do que as espera e também aumentar a sua capacidade de *coping*.

Um estudo efectuado por Jay e Elliot (1990) mostrou que os pais podem beneficiar de um programa de gestão de stress, com o objectivo de moderar a sua própria angústia quando os filhos são submetidos a cirurgias invasivas, como por exemplo em condições oncológicas.

Shirley, *et al* (1998), demonstram que a ansiedade quer das crianças quer dos pais para além das consequências relatadas pode ter um efeito negativo nas dinâmicas familiares. A necessidade de informação, especialmente sobre a anestesia, não é uma prerrogativa das crianças, os próprios pais, segundo os autores, também a relatam

O'Byrne, Peterson e Saldana (1997) mostraram, através da sua revisão bibliográfica, que existe um aumento exponencial de utilização de técnicas de modelagem nos hospitais pediátricos, com o intuito de reduzir os níveis de ansiedade pré-operatórios, fornecer estratégias de *coping* e prevenir o surgimento de sintomas no pós-operatório. Desde os anos oitenta, que os hospitais que ensinam técnicas de *coping* passaram de 16% para 46%, e os que usam filmes como técnica informativa passaram de 37% a 48%. Referem no entanto que apesar de muita publicação a descrever o sucesso destas técnicas a maioria dos restantes hospitais continua a usar a visita guiada como actividade principal para redução da ansiedade. Consideram também que continuam a ser adoptadas algumas técnicas de modelagem sem ser clara a sua eficácia, pois existe por exemplo uma prevalência de terapia do brincar sobre o ensino de técnicas de relaxamento e de estratégias de *coping* embora existam poucas provas empíricas sobre os seus resultados. Segundo os autores, existe claramente uma influência positiva da publicação de estudos sobre esta temática apesar de estes ainda não terem cumprido inteiramente o seu potencial.

2. MÉTODO

2.1 Objectivos

Tendo em conta o estado da arte (revisão da literatura), a presente investigação teve como objectivo avaliar a eficácia de uma sessão de informação na redução da ansiedade em jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, no âmbito de uma intervenção cirúrgica com anestesia geral.

De acordo com a literatura esperamos que a ansiedade das crianças que forem expostas a uma sessão de informação no âmbito de uma intervenção cirúrgica com anestesia geral seja inferior na segunda avaliação, garantindo que os resultados obtidos na primeira avaliação não difiram dos resultados obtidos pelo grupo de controlo (dado que por restrições inerentes ao serviço de cirurgia, as crianças do grupo de controlo não seriam reavaliadas antes da cirurgia).

2.2 Instrumentos

Avaliação por parte das crianças

Dados biográficos e história da doença da criança.

Foram avaliadas as variáveis idade, sexo, etnia e ano de escolaridade, estado civil dos pais, habilitações literárias dos pais, profissão dos pais descrita de acordo com a classificação de GRAFAR (1= directores de banco, directores técnicos de empresas, licenciados, militares de alta patente; 2= chefes de secção administrativa,

subdirectores, peritos, técnicos e comerciante; 3= ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes, mestres-de-obras; 4= operários especializados, motoristas, polícias, cozinheiros; 5=trabalhadores manuais não especializados, jornaleiros, ajudantes de cozinha, mulheres da limpeza), preferência religiosa e etnia. Relativamente à história da doença da criança foram analisadas as variáveis tipo de doença, tempo de diagnóstico, número de internamentos e número de cirurgias anteriores.

Intensidade do medo, das preocupações e da informação relativamente à operação. Avaliadas através de uma medida geral desenvolvida para o presente estudo em que se fez a avaliação inicial da intensidade do medo relativamente à operação, num formato de resposta de 0 (nenhuma) a 8 (extrema), da intensidade das preocupações relativamente à operação, num formato de resposta de 0 (nenhuma) a 8 (extrema) e do nível de informação a propósito dos procedimentos cirúrgicos a que o jovem será exposto, num formato de resposta de 0 (não sei o que me vai acontecer) a 8 (sei exactamente o que me vai acontecer).

Ansiedade Manifesta. A avaliação da Ansiedade Manifesta foi efectuada através da “escala” traduzida da *Revised Children’s Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978; tradução de Baptista e Carvalho, 1998), que contém 28 itens referentes a sintomatologia ansiosa e 9 itens de desejabilidade social. O formato de resposta aos itens é dicotómico (1=Sim, 0=Não). Os resultados da análise factorial revelaram a existência de três factores: 1) Ansiedade Fisiológica, 2) Preocupações e Hipersensibilidade, e 3) Ansiedade de Concentração. Esta medida apresentou valores de consistência interna que vão de .78 a .85 (Reynolds & Paget, 1983) e valores de teste-reteste de .98 ao fim de três semanas e de .68 ao fim de 9 meses (Gresham, 1989).

Medos Médico-Hospitalares. Os Medos Médicos e Hospitalares foram avaliados com o recurso a uma versão traduzida da *Hospital Fears Rating Scale* (HFRS; Lumley & Melamed, 1990; tradução de Baptista e Lory, 2003), um instrumento de 25 itens que avalia a magnitude do medo como resposta a uma variedade de estímulos. O HFRS tem 3 sub-escalas: medos médicos (itens 1 a 8), medos hospitalares (itens 9 a 16) e itens não médicos (itens 17 a 25). A sub-escala dos itens não médicos serve como uma base para comparação com os medos relacionados com o hospital. Os resultados obtidos nesta escala podem ser

usados para monitorizar os progressos de um programa de redução do medo. As respostas têm uma amplitude de 1 a 5 e os resultados são o somatório das respostas de cada item. No presente estudo o formato de resposta foi adaptado através da introdução das imagens da escala FACES (Beije, 1990), tendo-se atribuído uma cara a cada uma das hipóteses de resposta; 1 tem uma cara a sorrir correspondendo a “não tenho medo nenhum” e 5 tem uma cara a chorar correspondendo a “tenho muito medo”. Os resultados nos medos médicos e nos medos hospitalares variam entre 8 e 40, na sub-escala dos itens não médicos variam de 9 a 45 e na sub-escala dos itens criados variam de 3 a 15. Valores mais elevados reflectem uma maior magnitude de medo. Psicometricamente, e segundo os seus autores, este instrumento apresentou um suporte de fidelidade com valores de teste-reteste de .74 e um bom suporte de validade.

Para a presente investigação foram adicionadas três questões sobre a ansiedade face ao desconhecimento dos procedimentos a que vai ser sujeito e ao medo de ter dores que constituíram a escala adicional.

2.3 Material apresentado na sessão de informação

Com o objectivo de testar a eficácia de um programa de informação na redução da ansiedade pré-cirúrgica foi

elaborada uma sessão de informação realizada por José Moura Vieira, Fátima Lory e Américo Baptista (2002), com ilustrações de Mariana de Almeida Gonçalves, a propósito dos procedimentos seguidos nas intervenções cirúrgicas com anestesia geral em crianças, que foi apresentada ao grupo experimental. Esta sessão foi efectuada em formato de livro, 33 páginas com um rapaz para os indivíduos do sexo masculino, 33 com uma rapariga para os indivíduos do sexo feminino, e teve uma duração média aproximada de 20 minutos.

As situações abordadas na sessão foram as seguintes:

- 1) uma criança em casa e na escola,
- 2) a criança fica doente e a mãe leva ao pediatra, ver Figura 3,
- 3) o pediatra encaminha-a para a especialista que lhe diz que tem de ser operada, esta informação desencadeia reacções psicofisiológicas, cognitivas e emocionais, a médica explica então que os pais vão acompanhá-la durante todo o processo e que este será rápido,
- 4) a mãe que também ficou preocupada deu-lhe apoio, a criança ajuda a mãe a fazer a mala que irá levar para o hospital,
- 5) no dia seguinte vai para o hospital e são recebidos por uma enfermeira que os encaminha ao quarto e a

criança vê outras crianças que também estão internadas, ver Figura 4, bem como a sala comum onde pode brincar,

6) a criança recebe a visita da especialista e vai fazer análises, depois vai brincar e descansar,

7) no dia seguinte a médica vai buscá-la ao quarto e a vai numa maca para o bloco, fica numa salinha ao lado do bloco à espera e faz um exercício de relaxamento, ver Figura 5,

8) vem buscá-la para a operação e ela, embora com vontade de chorar, despede-se da mãe,

9) no bloco vê uma série de gente vestida para a operação e uma máquinas modernas, conhece a anestesista que lhe explica a sua função e lhe coloca a máscara até que a criança adormece, ver Figura 6,

10) a equipa procede então à operação e a criança acorda passado pouco tempo junto da mãe e tudo correu muito bem,

11) a criança sente-se então ambivalente pois embora queira ir para casa arranjou muitos pólos de interesse no hospital e finalmente surge como uma criança feliz.

2.4 Participantes

Foram incluídas na amostra crianças sujeitas a uma intervenção cirúrgica com anestesia geral para doenças do foro otorrinolaringológico. A amostra foi composta por

125 crianças, 62 do sexo masculino (24 indivíduos no grupo experimental, 38 indivíduos no grupo de controlo) e 63 do sexo feminino (26 indivíduos no grupo experimental, 37 indivíduos no grupo de controlo), com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos,

Foi critério de exclusão o facto de ter sido administrada medicação ansiolítica à criança nas 24 horas que antecederam a cirurgia.

2.5 Procedimento

Em primeiro lugar, foi entregue um projecto de investigação à Direcção do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital de Santa Maria para aprovação institucional. Após obtenção das devidas autorizações, e juntamente com a ajuda dos médicos do serviço, foram identificadas as famílias que iriam ser chamadas em tempo útil. Uma vez seleccionados os participantes, a distribuição destes por grupo de controlo e grupo experimental foi efectuada de modo aleatório. Numa primeira fase com as famílias foi entregue um pedido de consentimento informado e, às famílias que acederam participar no estudo, foi efectuada a primeira avaliação que consistiu no preenchimento do questionário relativo aos dados demográficos, do questionário das intensidades do medo, das preocupações e da informação

a propósito dos procedimentos a que será exposto, da *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS; Reynolds & Richmond, 1978) e da *Hospital Fears Rating Scale* (HFRS; Lumley & Melamed, 1990). Às crianças mais novas que ainda não sabiam ler aplicaram-se os questionários sobe a forma de entrevista.

Às crianças pertencentes ao grupo experimental, e após este primeiro procedimento, foi apresentada a sessão de informação após a qual se seguiu a segunda e última avaliação que consistiu na resposta ao questionário das intensidades, à RCMAS e ao HFRS.

Às 75 crianças do grupo de controlo apenas se realizou a sessão de avaliação inicial. As avaliações tiveram uma duração aproximada de 30 minutos e a sessão de esclarecimento teve uma duração aproximada de 20 minutos. Por aconselhamento dos médicos do serviço, as sessões e as avaliações foram efectuadas nas 2 horas que antecederam a cirurgia.

Foram considerados os procedimentos de Conduta Ética definidos pela *American Psychological Association* (1992) nomeadamente os princípios de competência, integridade, responsabilidade, respeito pelos direitos das pessoas e sua dignidade, preocupação com o bem-estar dos outros, responsabilidade social e consentimento informado.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 Caracterização dos participantes

Foram incluídas na amostra crianças sujeitas a uma intervenção cirúrgica com anestesia geral para doenças do foro otorrinolaringológico. A amostra foi composta por 125 crianças, 62 do sexo masculino (24 indivíduos no grupo experimental, 38 indivíduos no grupo de controlo) e 63 do sexo feminino (26 indivíduos no grupo experimental, 37 indivíduos no grupo de controlo), com idades compreendidas entre os 6 e os 12 anos, tendo sido encontrada uma mediana de 7 anos ($Q1=6$; $Q3=9$) para o total da amostra. A distribuição dos indivíduos pelos grupos foi aleatória no que diz respeito ao sexo ($\chi^2=0,850$; $gl=1$; $p=0,770$).

As idades das crianças estão compreendidas entre os 6 e os 12 anos, tendo sido encontrada uma mediana de 7 anos ($Q1=6$; $Q3=9$) para o total da amostra.

Situam-se entre os seis e os doze anos sendo a moda a faixa etária dos 6 anos, correspondendo a 41,6% do total da amostra.

Idade da criança				
	Frequência	Percentagem	Percentagem Válida	Percentagem Acumulada
seis anos	52	41,3	41,6	41,6
sete anos	15	11,9	12,0	53,6
oito anos	17	13,5	13,6	67,2
nove anos	17	13,5	13,6	80,8
dez anos	11	8,7	8,8	89,6
onze anos	1,8	,8		90,4
doze anos	12	9,5	9,6	100,0
Total	125	99,2	100,0	
NS/NR	1,8			
Total	126	100,0		

A nível da escolaridade dos indivíduos observa-se uma moda no 1º Ano, correspondendo 39,5% do total da amostra, tendo-se observado uma distribuição aleatória ao nível da escolaridade das crianças entre os grupos experimental e controlo ($\chi^2=2,900$; gl=7; $p=0,894$).

A etnia branca é a moda, correspondendo a 85,6% da amostra, sendo a distribuição dos indivíduos pelos grupos experimental e controlo aleatória no que diz respeito à etnia ($\chi^2=3,89$; gl=1; $p=0,533$).

A mediana das idades das mães situa-se nos 36 anos ($Q1=31$, $Q3=40,5$) e a mediana das idades dos pais situa-se nos 38 anos ($Q1=34$, $Q3=44$).

Estatística		Idade da criança	Idade da mãe	Idade do pai
N	Válidos	125	125	125
	NS/NR	1	1	1
Mediana		7,00	36,00	38,00
Percentis	25	6,00	31,00	34,00
	50	7,00	36,00	38,00
	75	9,00	40,50	44,00

No que diz respeito às profissões das mães observa-se que a moda se situa nos operários não especializados correspondendo a 53,6% do total da amostra, observando-se uma distribuição aleatória dos indivíduos pelos grupos experimental e controlo no que diz respeito ao nível profissional da mãe ($\chi^2=1,128$; $gl=4$; $p=0,890$).

A moda das profissões dos pais situa-se igualmente no nível dos operários não especializados, correspondendo a 64,2% do total da amostra, observando-se uma distribuição aleatória dos indivíduos pelos grupos experimental e controlo para o nível profissional do pai ($\chi^2=0,857$; $gl=5$; $p=0,973$).

A moda a nível do estado civil dos pais situa-se na categoria de casado, correspondendo a 64,8% dos casos, observando-se uma distribuição aleatória pelos grupos

experimental e controlo no que respeita ao estado civil dos pais ($\chi^2=0,058$; $gl=2$; $p=0,972$).

A moda a nível da preferência religiosa situa-se no nível da religião católica correspondendo a 83,2% dos casos, observando uma distribuição aleatória entre os grupos experimental e controlo para a preferência religiosa dos pais ($\chi^2=0,534$; $gl=3$; $p=0,911$).

Do ponto de vista do objectivo da intervenção cirúrgica a que a criança foi sujeita, a moda situa-se no grupo amígdalas e adenóides, correspondendo a 39,2% do total da amostra, observando-se uma distribuição aleatória pelos grupos experimental e controlo no que respeita ao tipo de intervenção cirúrgica a que a criança foi sujeita ($\chi^2=0,172$; $gl=3$; $p=0,982$).

A amostra foi constituída por dois grupos, um experimental, que foi exposto a uma sessão de informação acerca dos procedimentos utilizados em intervenções cirúrgicas com anestesia geral ($n= 50$), e um grupo de controlo constituído por indivíduos que realizaram a avaliação inicial ($n= 75$).

O grupo experimental foi constituído por 50 crianças, 24 do sexo masculino e 26 do sexo feminino sendo a mediana das idades de 7 anos ($Q1=6$, $Q3=9$).

		Idade da criança
N	Validos	50
	NS/NR	0
Mediana		7,00
Percentis	25	6,00
	50	7,00
	75	9,00

O grupo de controlo foi constituído por 75 crianças, 38 do sexo masculino e 37 do sexo feminino sendo a mediana das idades de 7 anos (Q1=6 e Q3=9).

		Idade da criança
N	Validos	75
	NS/NR	0
Mediana		7,00
Percentis	25	6,00
	50	7,00
	75	9,00

3.2 Apresentação dos Resultados

As análises e procedimentos estatísticos foram efectuados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16 para Windows.

Análise das intensidades dos medos, preocupações e informação a propósito de uma intervenção cirúrgica com anestesia geral, ansiedade manifesta e medos médicos/hospitalares.

Relativamente à comparação entre o grupo experimental e o grupo de controlo não se observam diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito à Intensidade do medo ($F=0,005$; $gl=1$; $p=0,941$), à intensidade da preocupação ($F=0,006$; $gl=1$; $p=0,939$), à Informação a propósito da operação ($F=3,333$; $gl=1$; $p=0,447$); à ansiedade fisiológica- RCMAS ($F=0,463$; $gl=1$; $p=0,497$), à preocupação-hipersensibilid- RCMAS ($F=148$; $gl=1$; $p=0,702$), ao medo/concentração- RCMAS ($F=0,058$, $gl=1$; $p=0,810$), à escala de mentira RCMAS ($F=0,144$, $gl=1$; $p=0,705$), aos medos médicos- HFRS ($F=0,480$, $gl=1$; $p=0,490$), aos medos hospitalares-HFRS ($F=1,111$; $gl=1$; $p=0,294$), aos medos não-médicos-HFRS ($F=0,082$; $gl=1$; $p=0,775$) e à escala adicional-HFRS ($F=0,223$; $gl=1$; $p=0,638$).

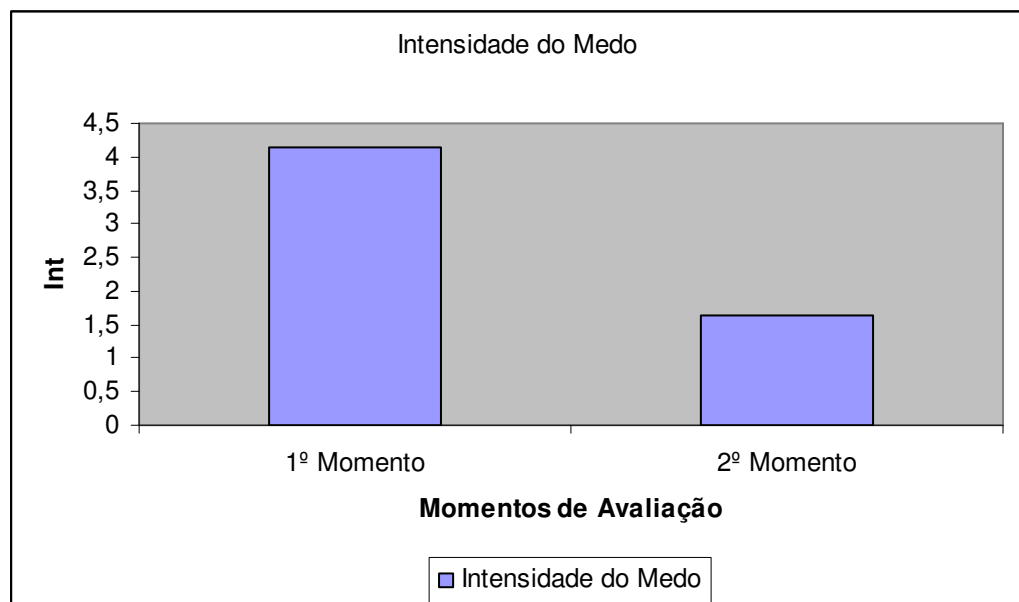
Assim, os 2 grupos (controlo e experimental) não se distinguem em todas as variáveis, facto importante em virtude da impossibilidade de reavaliar as crianças do grupo de controlo imediatamente antes da cirurgia.

Relativamente à comparação entre a primeira e a segunda avaliação no grupo experimental (teste t para medidas repetidas) observaram-se diferenças estatisticamente significativas, no sentido da redução das médias, ao nível da intensidade do medo ($t=10,366$; $gl=49$; $p=0,000$), da intensidade da preocupação

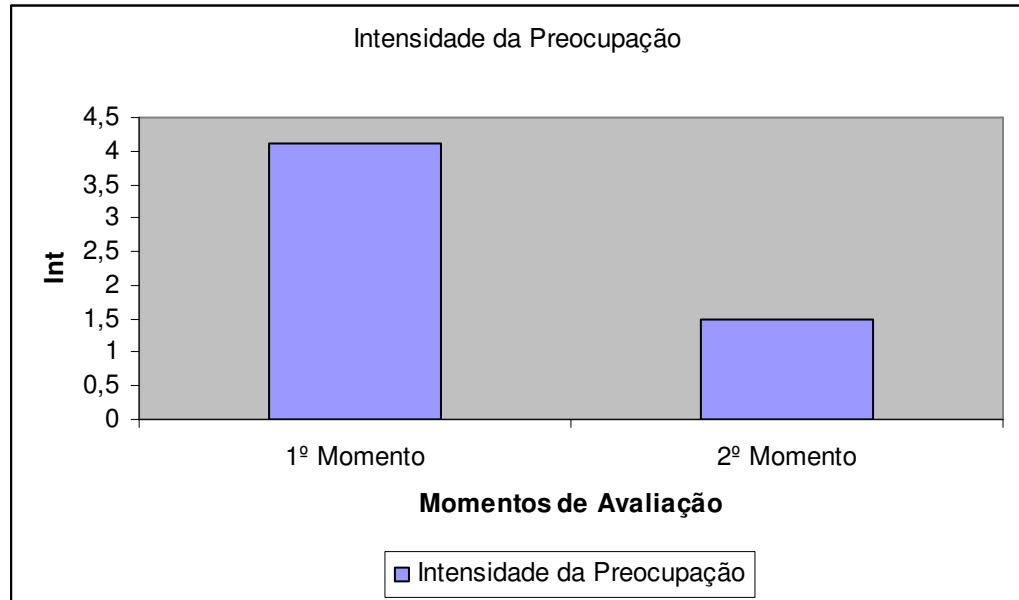
($t=10,508$, $gl=49$; $p=0,000$), do medo/concentração-RCMAS ($t=2,687$; $gl=49$; $p=0,010$), dos medos médicos-HFRS ($t=10,098$; $gl=43$; $p=0,000$); dos medos hospitalares-HFRS ($t=10,993$; $gl=49$; $p=0,000$); dos medos não médicos ($t=3,350$; $gl=49$; $p=0,002$) e da escala adicional ($t=10,664$, $gl=42$; $p=0,000$) e do aumento da informação a propósito da operação ($t=-14,231$; $gl=49$; $p=0,000$).

Essas diferenças vão no sentido da diminuição das médias nas variáveis:

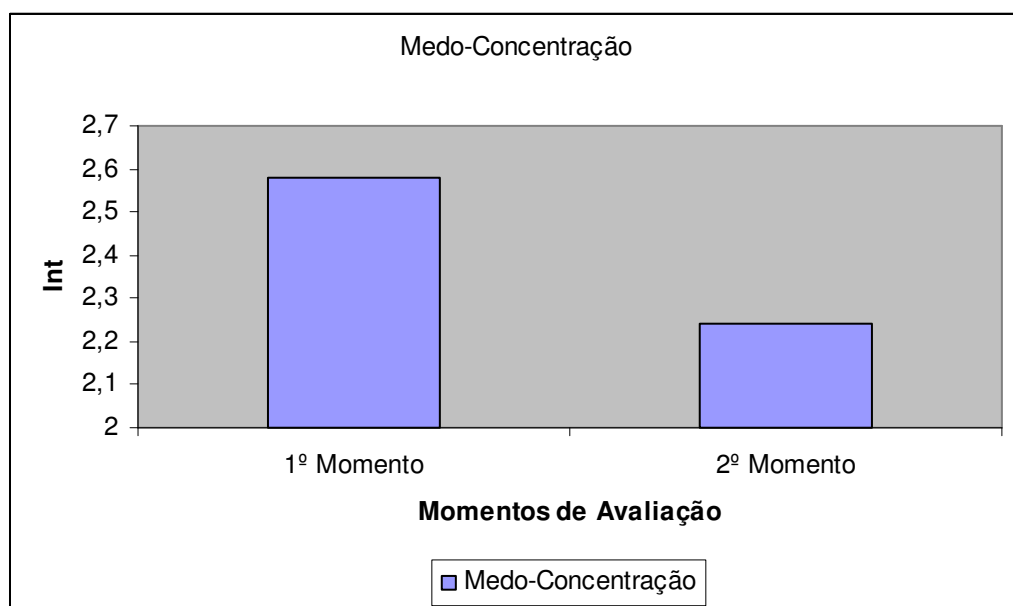
1. **Intensidade do medo** da primeira ($M=4,140$; $DP=2,204$) para a segunda avaliação ($M=1,640$; $DP=1,139$):



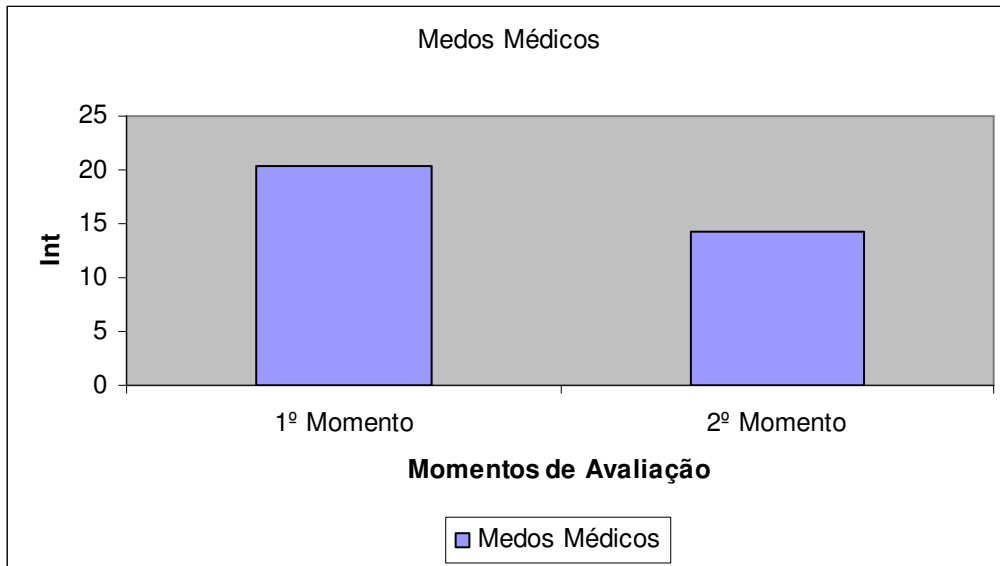
2. Intensidade da preocupação da primeira ($M=4,100$; $DP=2,341$) para a segunda avaliação ($M=1,500$; $DP=1,249$):



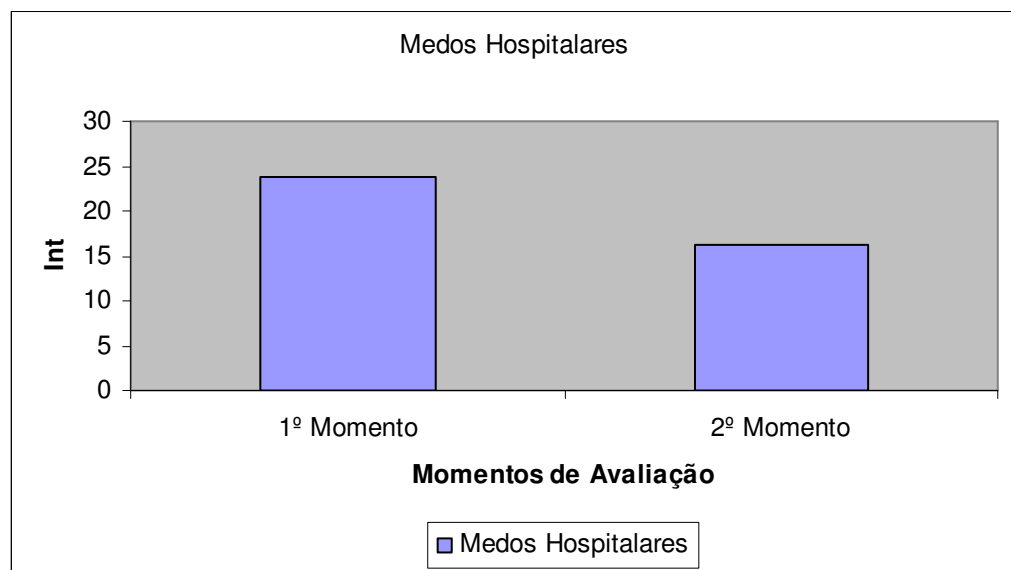
3. Medo/concentração-RCMAS da primeira ($M=2,580$; $DP=1,918$) para a segunda avaliação ($M=2,240$; $DP=1,733$):



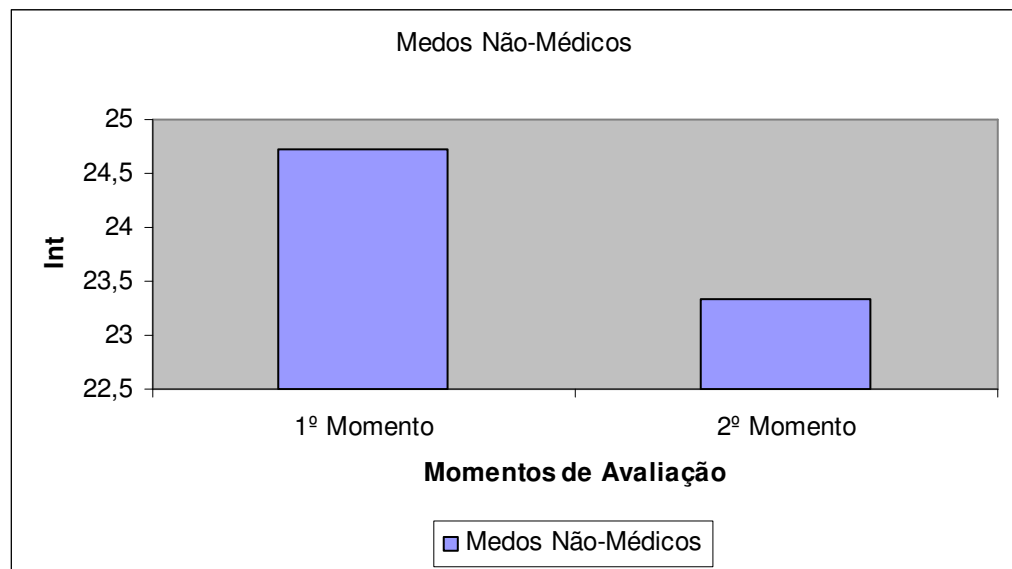
4. **Medos médicos-HFRS** da primeira ($M=20,320$; $DP=4,589$) para a segunda avaliação ($M=14,320$; $DP=3,715$):



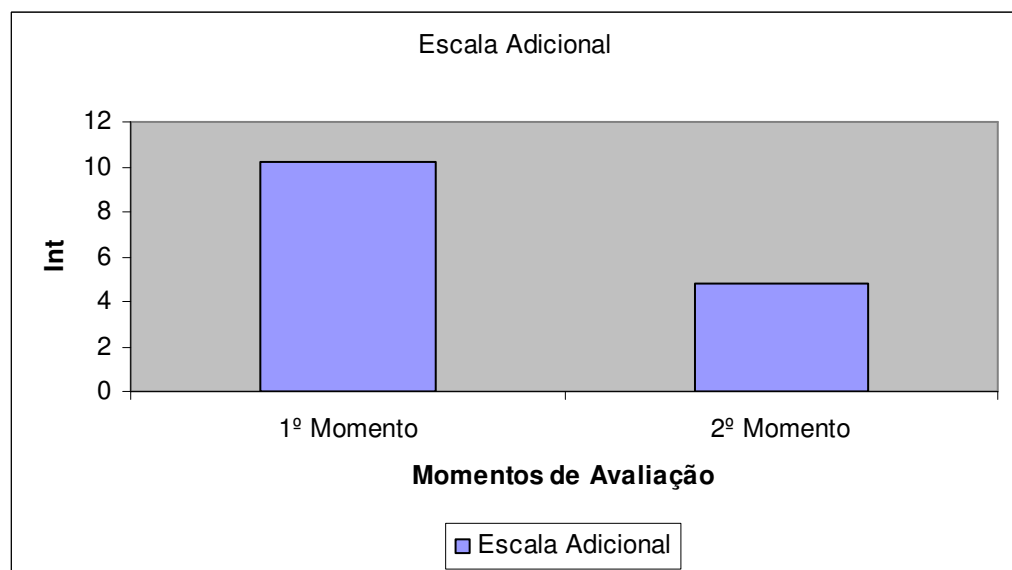
5. **Nos medos hospitalares-HFRS** da primeira ($M=23,820$; $DP=6,808$) para a segunda avaliação ($M=16,300$; $DP=4,692$):



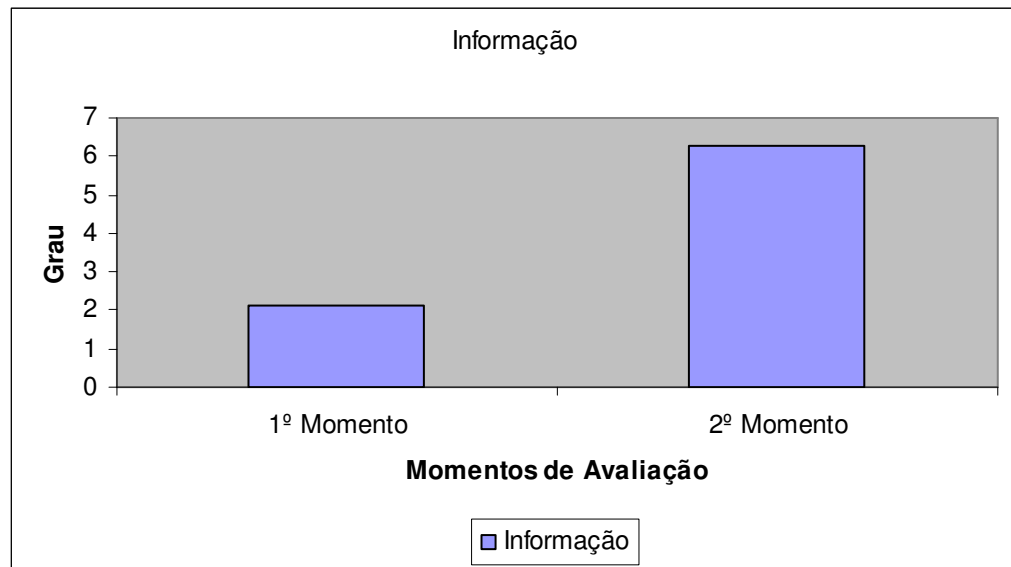
6. **Medos não médicos-HFRS** da primeira ($M=24,720$; $DP=8,478$) para a segunda avaliação ($M=23,34$; $DP=8,083$):



7. **Escala adicional-HFRS** da primeira ($M=10,210$; $DP=3,991$) para a segunda avaliação ($M=4,810$; $DP=1,708$):



E no sentido do aumento das médias da **informação** a propósito da operação da primeira ($M=2,120$; $DP=2,282$) para a segunda avaliação ($M=6,300$; $DP=1,298$):



Em suma, os resultados mostram que o método de intervenção usado diminuiu todos os valores em todas as variáveis associadas a ansiedade estado e medos, e aumentou a média da informação que as crianças possuíam acerca da cirurgia e os contextos associados, tal como era esperado.

3.3 Discussão dos Resultados

O presente estudo teve como objectivo avaliar a eficácia de uma sessão de informação sobre intervenções

cirúrgicas com anestesia geral na redução da ansiedade em crianças dos seis aos doze anos

A análise de comparação dos níveis de ansiedade relatados pelas crianças do grupo experimental demonstraram existir diferenças estatisticamente significativas no sentido da redução dos níveis de ansiedade da primeira para a segunda avaliação no que diz respeito à intensidade do medo, à intensidade da preocupação, do medo/concentração-RCMAS, dos medos médicos-HFRS; dos medos hospitalares-HFRS, dos medos não médicos-HFRS, da escala adicional-HFRS e no sentido do aumento da informação a propósito da operação.

Observa-se que existe homogeneidade entre a primeira avaliação do grupo experimental e a avaliação realizada ao grupo de controlo. Por outro lado, as diferenças obtidas entre a primeira e a segunda avaliação do grupo experimental são também clinicamente significativas.

Podemos assim concluir que os resultados vão, no geral, no sentido descrito anteriormente na literatura, nomeadamente pelos trabalhos de Ellerton e Merriam (1994), de Cuthbert. Hermecz, Klingman e Melamed (1984) e de Kobayashi e Robison (1991) e que de facto, há uma redução dos níveis de ansiedade das crianças quando assistem a um programa que utilize técnicas de

modelagem, sobre o que acontece nos procedimentos cirúrgicos com anestesia geral.

É ainda de salientar que os dados encontrados através do recurso à medida RCMAS, em que não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre a primeira e a segunda avaliação à excepção da dimensão Medo/Concentração, parecem ser explicados pelo facto de a maior parte das questões que são colocadas avaliarem níveis de ansiedade traço e não estado, pelo que para estudo futuros se recomenda a sua exclusão do protocolo de avaliação.

Face aos resultados obtidos pode-se afirmar que a eficácia da sessão informativa a propósito de uma intervenção cirúrgica com anestesia geral na redução da ansiedade foi comprovada.

O facto de a amostra ser de apenas 50 indivíduos no grupo experimental constitui uma limitação a este estudo. Outra limitação encontrada neste estudo é o facto do intervalo das idades das crianças ser demasiado largo o que originou que algumas das crianças das faixas etárias mais elevadas tenham verbalizado que a história é demasiado infantil.

Uma limitação séria, que não foi possível prevenir por razões que se prendem com a organização dos serviços e com o elevado período de tempo para avaliar e reavaliar

as crianças (2 X 30 minutos = 60 minutos), tem a ver com a não reavaliação das crianças do grupo de Controlo. Apesar dos estudos revistos (Wollin *et al*, 2003; Ellerton e Merriam, 1994) mostrarem que nos grupos de controlo a ansiedade aumenta à medida que se aproxima a cirurgia e nos experimentais diminui, a não reavaliação do grupo de controlo constitui uma ameaça á validade interna deste estudo.

Contudo, como o nosso objectivo era replicar a eficácia do método de intervenção e a exequibilidade do método de avaliação nestes contextos em crianças portuguesas, constata-se pelos resultados que a metodologia de avaliação é exequível, não obstante o elevado tempo para a executar, e o método de intervenção revela a eficácia encontrada na literatura.

Para investigações futuras nesta linha propõe-se um aumento do número de indivíduos constituintes da amostra, que se procure recolher informações com os outros técnicos de saúde que lidam com as crianças e que se reduza o intervalo de idades das crianças, fazendo uma estratificação etária, pois tal como foi demonstrado por Felder-Puig *et al*. (2003) os estudos existentes sublinham a necessidade de determinar que tipo de programas de preparação são indicados para que faixa etária e para que condição médica.

A literatura demonstra (Ellerton e Merriam,1994; Pinto, Siegmar e Whaley,1999; Shirley et al,1998), que o facto de intervir junto dos pais tem impacto na ansiedade dos filhos, pelo que para investigações futuras sugere-se a inclusão destes nas sessões de informação.

Propõem-se ainda que futuramente, e tal como a literatura sugere, se estude a relação custo-benefício que estas intervenções têm, para determinar o impacto económico que a não preparação das crianças acarreta nomeadamente ao nível dos comportamentos que implicam um recurso aos cuidados de saúde.

Finalmente, será importante re-equacionar o número de escalas e de itens usados, dado o elevado tempo necessário para a sua aplicação. Este aspecto interfere na disponibilidade dos serviços, pela intrusão na organização dos mesmos. É igualmente um factor de eficiência (relação custo-benefício).

3.4 Conclusão

Com este estudo comprova-se ser fundamental recorrer a estratégias profiláticas no sentido de as crianças não entrarem num estado de ansiedade retroactivo em que, mesmo após a cirurgia continuam ansiosas sendo que, segundo Peterson e Toler (1986), a identificação empírica das crianças que estão mais vulneráveis ao stress

psicológico, à dor associada com a hospitalização e à cirurgia tem uma relevância clínica considerável, para além de uma necessidade de intervenção especializada (cit. Drotar & Palermo, 1996). Este aspecto pode ser estudado em investigações posteriores.

Assim, o trabalho realizado na preparação das crianças que vão ser sujeitas a uma intervenção cirúrgica com anestesia geral é fundamental, sendo que este trabalho tem que ser sustentado com a utilização de meios áudio-visuais atractivos e de técnicas de modelagem para serem eficazes.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abeles, L., Lumley, M. & Melamed, B. (1993). Predicting children's presurgical anxiety and subsequent behaviour changes. *Journal of Pediatric Psychology*, 18 (4), 481-497.

APA. (1992). Ethical principles of Psychologists and code of conduct. American Psychological Association.

Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da ansiedade: uma perspetiva evolutiva e desenvolvimental. In Soares, I. (coord.). (2000). *Psicopatologia do desenvolvimento: Trajectórias (in)adaptativas ao longo da vida*. Coimbra: Quarteto Editora.

Barros, L. (1998). As consequências da hospitalização infantil: Prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, 1 (XVI), 11-28.

Bogie, N., King, N., Merckelbach, H., Muris, P. & Ollendick, T. (2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: Their reliability and validity in normal adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 40 (7), 753-772.

Campbell, I., Scaife, J. & Johnstone, J. (1988). Psychological effects of day case surgery compared with inpatient surgery. *Archives of Diseases in Childhood*, 63, 415-417.

Carmoy, R. (1995). Angoisse et chirurgie réparatrice de l'enfant et de l'adolescent. *Psychiatrie de L'Enfant*, 38 (1), 141-202.

Casey, R., Meade, J. & Lumley, M. (2001). Stress, emotional skill, and illness in children; the importance of distinguishing between children's and parents' reportes of illness. *Journal of child psychology and psychiatry*, 42 (3), 405-412.

Chan, C., Gunawardene, W., Irwing, M. & Thompson, N. (1996). Pre-operative parental anxiety. *Anaesthesia*, 51 (11), 1008-1012.

Chorpita, B., Francis, S., Moffit, C., Umemoto, L. & Yim, L. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (8), 835-855.

Claar, R., Walker, L., & Smith, C., (2002). The influence of appraisals in understanding children experience with medical procedures. *Journal of pediatric psychology*, 27(7), 553-563.

Cuthbert, M., Hermecz, D., Klingman, A. & Melamed, B. (1984). Effects of participant modelling on information acquisition and skill utilization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52 (3), 359-365.

Doering, Stephan *et al.* (2000). Videotape preparation of patients before hip replacement surgery reduce stress. *Psychosomatic Medicine*, 6, 365-373.

Ellerton, M. & Merriam, C. (1994). Preparing children and families psychologically for day surgery: An evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 19 (6), 1057-1062.

Faust, J. & Melamed, B. (1984). Influence of arousal, previous experience, and age on surgery preparation of same day surgery and in-hospital pediatric patients. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54 (3), 359-365.

Felder-Puig, R., Maksys, A., Noestlinger, C. & Gadner, H. (2003). Using a children's book to prepare children and parents for elective ENT surgery: results of a randomized clinical trial. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 67 (1), 35-41.

Gadamer, H. (1997). O mistério da Saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina. Lisboa: Edições 70.

Graham-Pole, J., Geffken, G., Rodrigue, J., Turner, C. & Wachtel, J. (1994). Children awaiting invasive medical procedures: Do children and their mothers agree on child's level of anxiety? *Journal of Pediatric Psychology*, 19 (6), 723-735.

Jay, S. & Elliott, C. (1990). A stress inoculation program for parents whose children are undergoing painful medical procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 799-804.

Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V., Lim-Sulit, N. (2006). Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 32(1), 35-43

Kain, Z., Mayes, L., Karas, D. & McClain, B. (2006). Anxiety before surgery complicates recovery in children. *Pediatrics*, 11, 651-658. August 2006.

Kain, Z., Mayes, L., O'Connor, T. & Cicchetti, D. (1996). Preoperative Anxiety in Children: Predictors and outcomes. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150, 1238-1245.

Karling, M. & Hagglof, B. (2006). Child behaviour after anaesthesia: association of socioeconomic factors and child behaviour checklist to the post-hospital behaviour questionnaire. *Acta Paediatrica*, 96, 418-423

Shirley, P. Thompson, N., Kenward, M. & Johnston, G., (1998). Parental anxiety before elective surgery in children. *Anaesthesia*, 53 (10), 956-959.

Kobayashi, K. & Robinson, P. (1991). Development and evaluation of a presurgical preparation program. *Journal of Pediatric Psychology*, 16 (2), 193-212.

Levy, D. (1945). Psychic trauma of operations in children. *American Journal Dis. Child*, 79, 7-25.

Lumley, M. & Melamed, B. (1992). Blood phobics and nonphobics: psychological differences and affect during exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 30 (5), 425-434.

Marcelli, D. (1998). *Manual de Psicopatologia da Infância de Ajuriagerra*. ArtMed: Porto Alegre

McCann, M. & Kain, Z. (2001). The management of preoperative anxiety in children: An update. *Anaesthesia and Analgesia*, 93, 98-105

McGrew, T., (1994). Preparing children for the operating room: Psychological Issues. *Canadian Journal of Anaesthesia*. 4(1), 1094-1103.

Melamed, B. (1993). Putting the family back in the child. *Behaviour. Research and Therapy*, 31 (3), 239-247.

Melamed *et al.* (1983) Necessary considerations for surgery preparation: Age and previous Experience. *Psychosomatic Medicine*, 45(6). December 1983.

Mitchell, M. (2000). Psychological preparation for patients undergoing day surgery. *Ambulatory Surgery*, 8(1), 19-29.

O' Byrne, K., Peterson, L. & Saldana, L. (1997). Survey of pediatric Hospitals' preparation programs:

evidence of the impact of health psychology research. *Health Psychology*, 16 (2), 147-154.

Palermo, T., & Drotar, D. (1996) Prediction of Children's postoperative pain: The role of precirurgical expectations and anticipatory emotions. *Journal of Pediatric Psychology*, 2 (5), 683-690 (October, 1996)

Pinto, A., Sigman, M. & Whaley, S. (1999). Characterizing interactions between anxious mothers and their children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (6), 826-836.

Serra, A. (2002). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Adriano Vaz Serra.

Shapiro, D. (1995). Puppet modeling technique for children undergoing stressful medical procedures: Tips for clinicians. *International Journal of Play Therapy*, 4(2), 31-39.

Smith, C. & Lazarus, R. (1990) Emotion and adaptation. In L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality theory and research* pp.609-637. New York: Guilford Press.)

Stewart, E., Algren, C., & Arnold, S. (1994). Preparing Children for a cirurgical experience. *Today's OR Nurse*, 16(2), 9-14.

Wollin, S., Plummer, J., Owen, H. ,Hawkins, R. & Materazzo, F. (2003). Predictors of Preoperative Anxiety

in Children. *Anaesthesia and Intensive Care*. Australian Society of Anaesthetists. Highbeam Research.

5. ANEXOS

5.1 PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO (INICIAL E FINAL)

- **Consentimento informado**
- **Dados biográficos e história da
doença da criança**
- **Questionário das intensidades**
- ***Revised Children's Manifest Anxiety
Scale* (RCMAS)**
- ***Hospital Fears Rating Scale* HFRS**

5.2 FIGURAS

5.3 HISTÓRIAS